



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAROLINE MONTEIRO SILVEIRA

**ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DO
PARTO SEGURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo como requisito do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), sob orientação da Prof. Cláudia Rodrigues Mafra.

BRASÍLIA
2020

Estratégias para implementação da lista de verificação do parto seguro: uma revisão integrativa

Caroline Monteiro Silveira¹

Cláudia Rodrigues Mafra²

Resumo

A Lista de Verificação de Parto Seguro (LVPS) tem por finalidade melhorar a qualidade da assistência à saúde neonatal e materna e diminuir os riscos de morbimortalidade desse binômio. A implementação precisa ser organizada de forma que estratégias e programas sejam criados para que haja rápida aceitação da equipe e, consequentemente, melhor adesão. Trata-se de uma revisão integrativa norteadas pela pergunta: quais estratégias são necessárias para implementar a LVPS de forma eficaz e garantir a adesão adequada dos profissionais da saúde? Foi realizado levantamento dos artigos publicados no período de 2015 a 2020 na PubMed, LILACS, MEDLINE e SciELO. Foram encontrados 574 artigos, desses, apenas 11 foram selecionados para análise. Conclui-se que o sucesso da implementação depende de vários fatores, que vão desde a idealização até a concretização e avaliação do projeto. Ressalta-se a importância da liderança, o engajamento e envolvimento dos profissionais em todas as etapas do processo.

Palavras-chave: Lista de Checagem. Segurança do Paciente. Implementação.

Strategies to implement a safe delivery checklist: an integrating review

Abstract

The Safe childbirth checklist (CBC) aims to improve the quality of neonatal/maternal healthcare and to reduce the risks of morbidity and death regarding this binomial. In order to accomplish this, the implementation has to be organized so that strategies and programs are created to improve team acceptance and, consequently, adherence. It is an integrating review guided by the question: what strategies are needed to effectively implement the CBC and to guarantee the adequate adherence from health professionals? A survey was carried out screening articles published from 2015 to 2020 at the PubMed, LILACS, MEDLINE and ScieELO. 574 articles were found, from these, only 11 were shortlisted for analysis. It was concluded that such implementation success depends on several factors, ranging from the idealization to the completion and evaluation of the project. It is worth highlighting the importance of leadership and the commitment of professionals in all stages of the process.

Keywords: Checklist. Patient Safety. Implementation.

¹Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

²Professora do UniCEUB, enfermeira e Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB), Brasil.

1 INTRODUÇÃO

As alterações nos padrões de doenças, devido a transição epidemiológica e o aumento da expectativa de vida, tiveram como consequência a maior necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos (WEISER *et al.*, 2008). Diante dos riscos e da complexidade desse tipo de procedimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2007, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, sendo que uma das vertentes é o Desafio Global de Segurança do Paciente: *Cirurgia Segura Salva Vidas*, abordando a segurança dos cuidados cirúrgicos (WHO, 2008).

Nesse desafio, uma Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) da OMS foi proposta para ser implementada em qualquer hospital, independente da complexidade, tendo por objetivo auxiliar as equipes a seguirem os passos críticos de segurança (FREITAS *et al.*, 2014). A LVCS é composta por 19 itens, divididos em três momentos, são eles: *Sign in*, antes da indução anestésica, *Time out*, antes da incisão cirúrgica e *Sign out*, que é o momento antes do paciente sair da sala de cirurgia (WHO, 2008; FREITAS *et al.*, 2014).

Adaptações e reestruturação de todo o ambiente e da equipe que irá utilizar o instrumento são necessárias para que haja a implementação e adesão adequada às listas de verificação. Estudos demonstram que os hospitais que incorporaram de forma efetiva a LVCS da OMS obtiveram redução de 36% nas taxas de complicações pós-operatórias e nas taxas de mortalidade (HAYNES *et al.*, 2009). Devido à redução significativa nos números, a OMS tornou a ferramenta uma prática recomendada para todos os tipos de procedimentos cirúrgicos (WHO, 2013).

Visando a melhora na qualidade da assistência, a promoção da segurança no momento do parto e nascimento, e se atentando a dados que revelam que, de 130 milhões de nascimentos por ano, 303 mil ocasionam morte materna, 2,6 milhões em natimortos e 2,7 milhões em óbito do recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida, a OMS lançou a Lista de Verificação de Parto Seguro (LVPS). Esse instrumento foi adaptado e criado juntamente com profissionais da saúde, especialistas em segurança do paciente, em saúde materna e neonatal e pacientes de todo o mundo (OMS, 2015).

A LVPS tem por finalidade assegurar assistência qualificada e segura, diminuir os riscos de morbimortalidade do binômio mãe e filho e melhorar a saúde materna e

neonatal. Esse importante instrumento foi testado inicialmente em nove países da África e Ásia e teve como objetivo apontar as principais causas de complicações e mortes no momento do parto e pós-parto como, por exemplo, hemorragia pós-parto, infecções, trabalho de parto obstruído, pré-eclâmpsia e asfixia no momento do nascimento (OMS, 2015).

No ano de 2017 o número de mortes maternas foi inaceitavelmente alto: cerca de 295 mil mulheres morreram durante o processo gestacional e o parto. Aproximadamente 94% desses óbitos aconteceram por causas evitáveis ou tratáveis e em regiões com poucos recursos como, por exemplo, a África Subsaariana e o Sul da Ásia (WHO, 2019).

Devido ao elevado número de óbitos maternos, vários países se uniram para desenvolver uma meta que acelerasse a diminuição das taxas de mortalidade até o ano de 2030 (WHO, 2019). Nesse contexto, foi preconizado a diminuição global da razão de mortalidade materna (RMM) para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos e a diminuição dos óbitos neonatais para pelo menos 12 mortes por mil nascidos vivos (ONU BRASIL, 2015). No Brasil, a meta da RMM foi reajustada para 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos e as taxas de mortalidade neonatal para 5,3 mortes por mil nascidos vivos. Os objetivos nacionais foram readaptados, uma vez que os valores preestabelecidos já tinham sido atingidos no país (IPEA, 2019).

Um estudo realizado em oito hospitais nos Estados Unidos comprovou que o uso da LVPS reduz, consideravelmente, as taxas de complicações e mortalidades (HAYNES *et al.*, 2009). Spector *et al* (2012), em seu artigo, cita que a implementação do instrumento não possui impacto apenas na redução dos números de óbitos e complicações, mas auxilia também as mudanças dos padrões comportamentais dos profissionais, alterações do sistema e a melhoria da comunicação entre as equipes, profissionais e pacientes. Porém, para que essa ferramenta resulte em benefício para os profissionais, pacientes e empresas, é de suma importância a implementação de programas de treinamento que envolvam toda a equipe.

A implementação da LVPS precisa ser organizada de forma que estratégias e programas sejam criados para que esse instrumento tenha uma rápida aceitação da equipe e, conseqüentemente, uma melhor adesão (SPECTOR *et al.*, 2012).

Assim, considerando que diversos estudos evidenciam a eficácia, a importância e a adesão adequada da LVPS — e para a implementação desse instrumento se faz necessária a organização institucional e a mudança comportamental —, esse trabalho tem por objetivo responder a seguinte pergunta norteadora: quais estratégias são necessárias para implementar LVPS de forma eficaz e garantir a adesão adequada dos profissionais da saúde?

2 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido utilizando o método de revisão integrativa, o que possibilita a análise amplificada da literatura e a discussão de resultados e conclusões obtidos nos trabalhos científicos de forma a se comparar e resumir os dados encontrados, obtendo conclusões gerais sobre a pergunta norteadora (CROSSETTI, 2012).

Para realização dessa revisão, foram seguidas seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema e definição da pergunta norteadora, seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, análise dos estudos escolhidos, discussão dos resultados e a síntese do conhecimento, apresentando a revisão integrativa (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para a busca dos estudos primários, foram consultadas quatro bases de dados: *The US National Library of Medicine* (PubMed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

A pesquisa foi realizada em inglês, português e espanhol, combinando os descritores entre si e utilizando os operadores booleanos “and” e “or”. Foram utilizados os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa, respectivamente: “segurança do paciente”, “lista de checagem”, “cesárea”, “qualidade da assistência à saúde”, “implementação”, “patient safety”, “checklist”, “cesarean section”, “quality of health care”, “implementation” e “WHO Safe Childbirth Checklist”.

Os critérios considerados para inclusão na amostra foram: artigos primários com textos na íntegra, disponíveis online e de forma gratuita na língua inglesa, portuguesa e no espanhol, publicados entre os anos de 2015 e 2020 que abordassem a temática de implementação da Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS. Foram excluídos artigos do tipo carta, editoriais, dissertações, capítulo de livro, teses e

opinião de especialistas, trabalhos com conteúdo não relacionado a temática, fora da delimitação temporal estabelecida nos critérios de inclusão, artigos pagos e não disponíveis por completo.

O diagrama de PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalyses*) da *Cochrane Collaboration* (Quadro 1) foi utilizado para sintetizar a seleção dos artigos. Inicialmente, foi realizada a avaliação dos títulos e resumos com o intuito de selecionar os trabalhos pertinentes ao objetivo dessa revisão integrativa. Em seguida, foi realizada a leitura exaustiva e criteriosa das publicações a fim de identificar as estratégias mais utilizadas e suas eficácias junto aos profissionais.

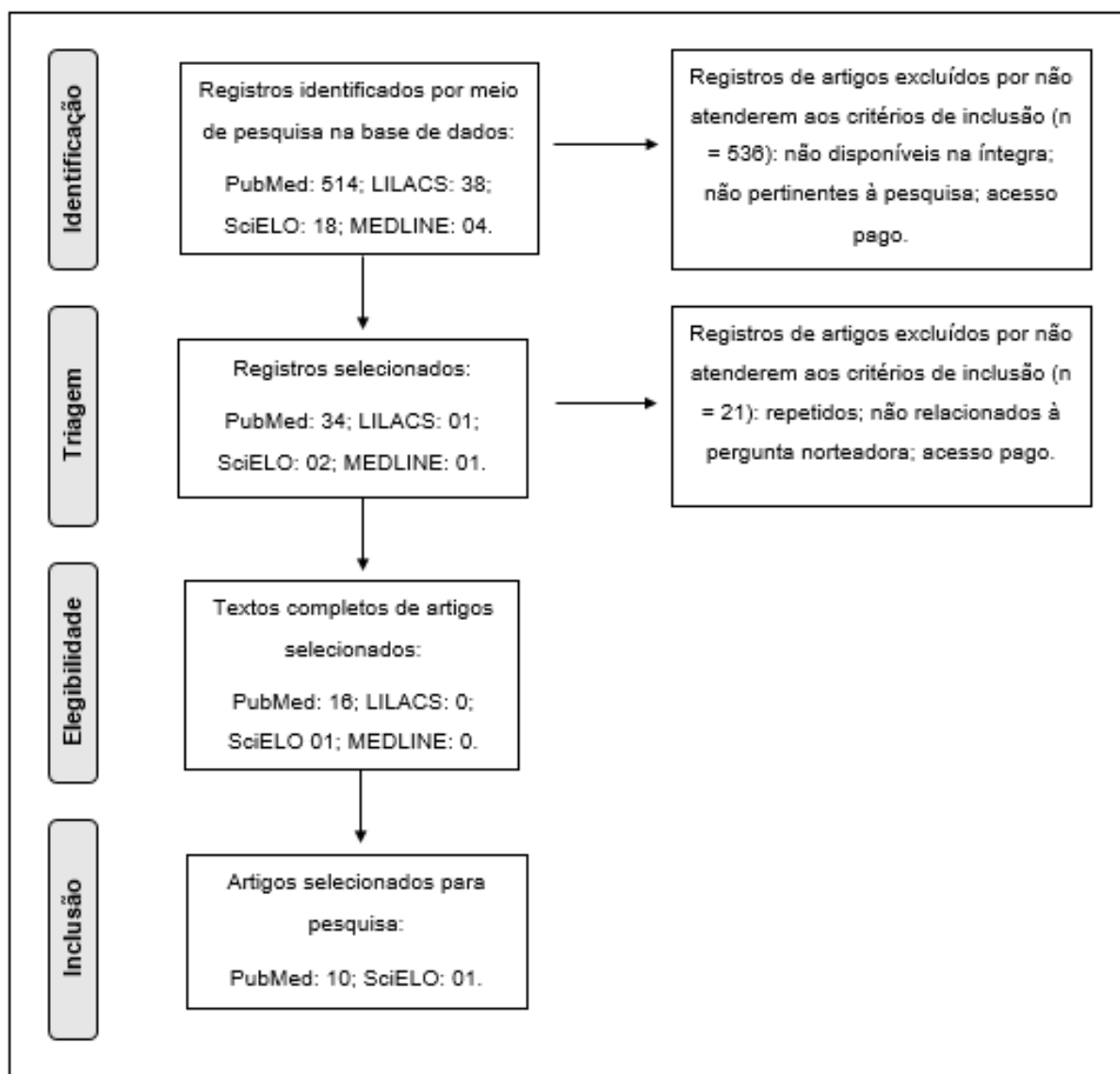
Para reunir, organizar e armazenar as referências, foi utilizado o programa *Microsoft Excel 2013*, da mesma forma, o prontuário eletrônico foi utilizado para tabelar o título dos artigos, os autores, ano da publicação, país, base de dados, tipo de estudo, objetivos e resultados.

3 RESULTADOS

Conforme apresentado no fluxograma de PRISMA (Quadro 1), a pesquisa nas quatro bases de dados selecionadas resultou, inicialmente, em 574 estudos potencialmente elegíveis para desenvolvimento do trabalho. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos, resumos e do texto na íntegra, 563 artigos foram excluídos da amostra e 11 trabalhos foram selecionados para a síntese da revisão integrativa.

Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, dez artigos foram selecionados da base de dados PubMed e um artigo foi extraído da SciELO. Desses, apenas um trabalho foi desenvolvido e publicado em periódico nacional. Os outros dez artigos foram desenvolvidos na Índia, Bangladesh, Namíbia, Ruanda, Sri Lanka, e um deles é proveniente de uma colaboração global envolvendo 34 instituições de 19 países.

Dos artigos selecionados, quatro deles fazem parte do mesmo projeto de implementação da LVPS, nomeado como *Programa BetterBirth* (Parto Melhor). Cada trabalho aborda uma temática dentro desse programa que é de suma importância para compreender a melhor estratégia para implementação do instrumento, assim como a aceitabilidade e a adesão dos profissionais ao novo instrumento e o impacto no quantitativo de complicações durante e após o trabalho de parto.

Quadro 1: Fluxograma de PRISMA para seleção dos trabalhos científicos.

A síntese dos estudos analisados é evidenciada no Quadro 2, com variáveis distribuídas em ordem crescente, conforme o ano de publicação. As variáveis escolhidas para tabelar os dados foram: título, autores, ano de publicação, país onde foi desenvolvido o estudo, base de dados, nível de evidência e objetivos. Constatou-se que dos 11 artigos utilizados, seis foram publicados no ano de 2017, seguido de dois artigos publicados em 2018, um artigo em 2015, um em 2019 e um trabalho em 2020.

Quanto aos níveis de evidência os resultados foram categorizados utilizando a seguinte classificação de hierarquia: nível I – trabalhos provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes; nível II – evidências de ensaio clínico randomizado controlado; nível III – evidências de ensaio clínico sem randomização; nível IV – estudos de coorte ou caso-controle;

nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI - : evidências de estudos descritivos e/ou qualitativos; nível VII – opiniões de autores e/ou relatórios de comissões de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2012).

Quadro 2: Síntese dos estudos analisados.

	Título	Autores/ ano de publicação/ país	Base de dados/ nível de evidência	Objetivo
1	Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience.	Patabendige M; Senanayake H, 2015. Sri Lanka.	PubMed. Nível VI.	Implementar a Lista de Verificação do Parto Seguro no cenário de um hospital de atendimento terciário no Sri Lanka.
2	Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil.	Praxedes AO <i>et al.</i> , 2017. Brasil.	SciELO. Nível VI.	Avaliar a adesão dos profissionais da maternidade escola à Lista de Verificação de Segurança no Parto.
3	Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learnt on a quality improvement initiative to improve mother and newborn care at Gobabis District Hospital, Namibia.	Kabongo L <i>et al.</i> , 2017. Namíbia.	PubMed. Nível IV.	Melhorar a aderência às práticas essenciais ao parto através do uso da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS para todos os partos com base nas instalações e reduzir a mortalidade perinatal hospitalar evitável, especificamente os natimortos e as mortes intra-hospitalares neonatais precoces.
4	The BetterBirth Program: Pursuing Effective Adoption and Sustained Use of the WHO Safe Childbirth Checklist Through Coaching-Based Implementation in Uttar Pradesh, India.	Kara N <i>et al.</i> , 2017. Índia.	PubMed/ Nível IV.	Desenvolver uma abordagem sistemática que permitisse aos profissionais da saúde adotar e usar a Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS.
5	Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration.	Perry WRG <i>et al.</i> , 2017. 19 países.	PubMed. Nível VI.	Apresentar uma visão geral da colaboração da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS e as lições extraídas da implementação do instrumento em uma variedade de configurações.
6	Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh.	Nababan HY <i>et al.</i> , 2017. Bangladesh.	PubMed. Nível IV.	Examinar a eficácia da Lista de Verificação do Parto Seguro na melhoria das práticas de parto em um hospital distrital de Bangladesh.
7	Outcomes of a Coaching-Based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India.	Semrau KEA <i>et al.</i> , 2017. Índia.	PubMed. Nível II.	Apresentar os resultados da implementação do <i>Programa BetterBirth</i> .
8	Integration of the Opportunity-Ability-Motivation behavior change framework into a coaching-based WHO Safe Childbirth Checklist program in India.	Hirschhorn LR <i>et al.</i> , 2018. Índia.	PubMed. Nível VI.	Avaliar se a integração da estrutura Oportunidade - Habilidade - Motivação - Suprimentos (OAMS) no treinamento melhorou o fornecimento de práticas essenciais do parto em um ambiente com poucos recursos.
9	Implementing the World Health Organization safe childbirth checklist in a district Hospital in Rwanda: a pre- and post-intervention study.	Tuyishime E <i>et al.</i> , 2018. Ruanda.	PubMed. Nível IV.	Avaliar a conformidade das práticas essenciais ao parto no Hospital Distrital de Masaka, antes e após a implementação da Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS.
10	Does the safe childbirth checklist (SCC) program save newborn lives? Evidence from a realistic quasi-experimental study, Rajasthan, India.	Varghese B <i>et al.</i> , 2019. Índia.	PubMed. Nível VI.	Avaliar o impacto de uma intervenção usando a Lista de Verificação do Parto Seguro em natimortos e mortes neonatais precoces, no Rajastão, na Índia.
11	Nurses' and auxiliary nurse midwives' adherence to essential birth practices with peer coaching in Uttar Pradesh, India: a secondary analysis of the BetterBirth trial.	Molina RL <i>et al.</i> , 2020. Índia.	PubMed. Nível IV.	Examinar a adesão às práticas essenciais de parto entre dois quadros diferentes de assistentes de parto durante e após a intervenção de treinamento entre pares para a Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS.

4 DISCUSSÃO

A LVPS é um instrumento de lembrete para os profissionais da saúde que tem por objetivo melhorar as práticas de cuidados maternos e neonatais antes, durante e após o parto para, conseqüentemente, diminuir as taxas de mortalidade perinatal (VARGHESE *et al.*, 2019). A implementação correta da ferramenta supera a lacuna do saber-fazer, alterando o comportamento dos profissionais e facilitando a adesão às práticas essenciais ao parto (PRAXEDES *et al.*, 2017; NABABAN *et al.*, 2017; KARA *et al.*, 2017; SEMRAU *et al.*, 2017).

Experiências com a Lista de Verificação da OMS para Segurança Cirúrgica evidenciaram que fornecer isoladamente o instrumento de checagem a um profissional da saúde ou solicitar que uma unidade/sistema use a ferramenta como uma das formas de segurança do paciente não resulta no uso generalizado e consistente da lista e nem na mudança de comportamento dos trabalhadores (KABONGO *et al.*, 2017; OMS, 2017).

Conseqüentemente, em 2017 a OMS disponibilizou um guia de implementação direcionado ao parto seguro que descreve uma abordagem apoiada pelo treinamento com envolvimento adequado da equipe, lançamento da ferramenta e apoio ativo e contínuo da liderança (OMS, 2017).

A LVPS deve ser traduzida para as línguas locais e, se necessário, adaptada pelos líderes das unidades, parteiras e outros colaboradores para refletir o contexto local (OMS, 2017). Dos estudos avaliados apenas dois não realizaram a adaptação do instrumento. Diante disso, um dos resultados evidenciados no estudo observacional prospectivo, realizado no Sri Lanka, foi a baixa adesão ao preenchimento do ponto “HIV”, sendo justificada pela baixa prevalência da patologia no país (PATABENDIGE; SENANAYAKE, 2015). O objetivo de aumentar as taxas de adesão às práticas essenciais ao parto pode ser atingido com uma adaptação e implementação que transparea o contexto local (KABONGO *et al.*, 2017).

Uma das estratégias eficazes para a implementação da LVPS é o treinamento baseado em *coaching*, desenvolvido pelo *Programa BetterBirth* (Parto Melhor). Para o sucesso desse treinamento, o aumento da motivação, assim como a identificação do que motiva os profissionais, são dois pontos de suma importância. Esses fatores

possibilitam a adaptação da abordagem e, conseqüentemente, a melhor aceitação do instrumento a ser implementado (KARA *et al.*, 2017; PERRY *et al.*, 2017).

Para que a lista fosse devidamente inserida no contexto das unidades, foram realizadas visitas de treinamento durante um período de oito meses. Do primeiro ao quarto mês os treinamentos ocorreram duas vezes por semana, sendo os encontros posteriores realizados de maneira decrescente para que no oitavo mês acontecesse apenas uma visita nas unidades (MOLINA *et al.*, 2020).

Em decorrência do treinamento prolongado e da associação à estrutura de oportunidade, habilidade, motivação e suprimentos (OHMS) tornou-se possível a identificação e classificação das barreiras para o uso do instrumento (KARA *et al.*, 2017). De acordo com Hirschhorn *et al.* (2018), do total de barreiras observadas e categorizadas 67,3% eram relacionadas aos suprimentos e as oportunidades e 32,7% eram voltadas para o nível individual, ou seja, de motivação e habilidades. A associação entre o maior tempo de treinamento e o uso da estrutura de OHMS mostrou ser aceitável, viável e eficaz, uma vez que resultou na diminuição da taxa de não adesão à LVPS de 15,6% para 4,5% (HIRSCHHORN *et al.*, 2018).

Um estudo realizado no Hospital Distrital de Gobabis, Namíbia, corrobora a eficácia da identificação e resolução das barreiras para melhorar a adesão dos profissionais à lista. O trabalho assumiu a implementação em forma de ciclos e acompanhamento constante da equipe durante todo o processo. A estratégia possibilitou que ao final de cada ciclo os fatores para o não uso da LVPS fossem identificados e corrigidos. No decorrer do programa, foi evidenciado que as taxas médias de adesão ao instrumento aumentaram de 43% para 87% e as taxas médias de práticas de parto concluídas aumentaram de 75% para 93% (KABONGO *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que as principais barreiras encontradas para o não uso da lista englobam a falta de motivação, pouco entusiasmo dos profissionais quanto as mudanças na rotina de trabalho, aumento na carga de trabalho, autoconfiança, falta de recursos humanos, escassez de suprimentos e equipamentos clínicos e a rotação constante de funcionários (PATABENDIGE; SENANAYAKE, 2015; PRAXEDES *et al.*, 2017; NABABAN *et al.*, 2017; SEMRAU *et al.*, 2017; KABONGO *et al.*, 2017; TUYISHIME *et al.*, 2018).

Os estudos que não preconizaram a identificação e resolução das barreiras afirmam que a identificação da causa raiz da baixa taxa de conformidade de algumas práticas é necessária para alcançar melhor aceitação nas intervenções e melhorar as estratégias voltadas para a prática clínica (TUYISHIME *et al.*, 2018; PATABENDIGE; SENANAYAKE, 2015).

Além da identificação de fatores para a não adesão da lista, mudanças comportamentais são necessárias para que haja sustentabilidade e adaptação do profissional ao instrumento (KABONGO *et al.*, 2017). Porém, essas alterações são consideradas um desafio, visto que, se trata da aceitação de práticas inovadoras e diferentes daquilo que é realizado diariamente (PRAXEDES *et al.*, 2017). O suporte contínuo da equipe de implementação e da supervisão são fundamentais para que o processo de mudança comportamental seja possível e prolongado (KARA *et al.*, 2017; MOLINA *et al.*, 2020).

A análise secundária do Programa Parto Melhor constata que, de fato, o treinamento constante e intensivo é necessário para se manter as mudanças comportamentais (MOLINA *et al.*, 2020; KABONGO *et al.*, 2017). Durante o estudo, duas coletas de dados foram realizadas para avaliar a adesão das enfermeiras e das assistentes a LVPS. A primeira coleta de dados ocorreu dois meses após o início do treinamento e a segunda se deu quatro meses após o término dos treinamentos (12º mês). De uma análise para outra a taxa de adesão dos enfermeiros caiu de 64,1% para 56,1% e a taxa de adesão das assistentes de enfermeiras foi de 68,1%, na primeira análise, para 49,2% na segunda (MOLINA *et al.*, 2020). Em dois meses, os locais tiveram uma melhora em quase todas as práticas da lista, porém os níveis gerais de aderência e o uso da lista diminuíram após o fim do treinamento (SEMRAU *et al.*, 2017).

A liderança é outro ponto de suma importância relatado em 55% dos artigos selecionados. O apoio do gerenciamento sênior do hospital e da equipe é um fator vital para a implementação da LVPS. Diretrizes claras da gerência permitem que a equipe entenda a importância dos projetos a serem implementados (TUYISHIME *et al.*, 2018).

A liderança deve ter como foco a apresentação da lista aos usuários, a inserção da compreensão de que existem lacunas na qualidade dos atendimentos, a

abordagem das causas evitáveis, a motivação da equipe e o fornecimento adequado de materiais (PRAXEDES *et al.*, 2017; PERRY *et al.*, 2017). Resultados mais rápidos são alcançados quando os gestores e líderes das unidades possuem papel ativo em todo o processo de idealização até a concretização e avaliação do projeto (PRAXEDES *et al.*, 2017).

Além disso, o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar se faz necessário para que se estabeleça uma condição favorável para a implementação da LVPS (PRAXEDES *et al.*, 2017). O estudo escrito por Perry *et al.* (2017) afirma que o profissional médico é o mais resistente quanto ao uso da lista e, por isso, um dos esforços das estratégias deve ser concentrado em superar a relutância desses profissionais através do engajamento e da educação precoce. Acredita-se que, devido ao papel de liderança dentro do contexto hospitalar, a educação do médico pode ter impacto positivo na adoção da ferramenta (PATABENDIGE; SENANAYAKE, 2015).

Por fim, para projetar um programa de treinamento efetivo é necessário que as diferenças entre os profissionais, como idade, educação e experiência, sejam levadas em consideração, pois podem influenciar a frequência e o conteúdo das interações de treinamento (MOLINA *et al.*, 2020). Além disso, o processo de implementação deve ser acompanhado da sensibilização do profissional quanto às repercussões positivas na melhora da qualidade do serviço prestado (PRAXEDES *et al.*, 2017).

5 CONCLUSÃO

Usar estratégias eficazes para implementar a LVPS significa garantir a adesão e a sustentabilidade adequada do instrumento. Ao avaliar os trabalhos selecionados para o desenvolvimento dessa revisão integrativa foi possível observar que o sucesso da implementação da lista depende de vários fatores que vão desde a idealização até a concretização e a avaliação do projeto. Desses fatores, vale ressaltar a importância da liderança, o engajamento e o envolvimento dos profissionais da assistência em todas as etapas do processo.

O profissional que é motivado, que recebe constantes feedbacks, que auxilia na resolução das barreiras, que tem acompanhamento constante dos treinadores e que possui voz ativa em todas as etapas do projeto, inclusive na adaptação da lista, tende a aceitar melhor e aderir de forma mais eficaz à LVPS. Vale ressaltar que a

melhor aceitabilidade influencia também na sustentabilidade da mudança de comportamento do funcionário.

Outro aspecto evidenciado é a importância de criar o programa de treinamento tendo como base as diferenças interprofissionais, uma vez que essas podem influenciar a forma como acontecerá a implementação, o conteúdo a ser ministrado e a frequência necessária de treinamentos.

Por fim, sabe-se que com a devida implementação é possível aumentar as práticas essenciais ao parto e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência à saúde neonatal e materna e diminuir as taxas de mortalidade nessa população. Acredita-se, então, que este trabalho possa auxiliar na formulação de um programa de treinamento que implemente de forma eficaz a LVPS para que todos os benefícios advindos dessa ferramenta sejam usufruídos.

REFERÊNCIAS

- CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 08-09, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n2/01.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- ERCOLE, F.F; MELO, L.S; ALCOFORADO C.L.G.C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 09-12, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- FREITAS, M. R. *et al.* Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 137-148, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100137&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 abr.2020.
- HAYNES, A.B. *et al.* A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, p. 491-499, jan. 2009. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- HIRSCHHORN, L.R. *et al.* Learning before leaping: integration of an adaptive study design process prior to initiation of BetterBirth, a large-scale randomized controlled trial in Uttar Pradesh, India. **Implementation Science**, v. 10 117, aug. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536663/>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- HIRSCHHORN L.R. *et al.* Integration of the Opportunity-Ability-Motivation behavior change framework into a coaching-based WHO Safe Childbirth Checklist program in India. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 142 n. 3, p. 321-328, set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6099329/>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Caderno ODS 3: Assegurar uma Vida Saudável e Promover o Bem-Estar para Todas e Todos, em Todas as Idades. O que mostra o retrato do Brasil?**. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objeto_3_Assegurar%20uma%20vida%20saud%C3%A1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.
- KABONGO L. *et al.* Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learnt on a quality improvement initiative to improve mother and newborn care at Gobabis District Hospital, Namibia. **BMJ Open Quality**, v. 6, n. 2: e000145, ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574260/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

KARA N. *et al.* The BetterBirth Program: Pursuing Effective Adoption and Sustained Use of the WHO Safe Childbirth Checklist Through Coaching-Based Implementation in Uttar Pradesh, India. **Global Health Science Practice**, v. 5, n. 2, p. 232-243, jun. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655801/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

MELNYK BM; FINEOUT-OVERHOLT E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lamp, 2012.

MOLINA R.L. *et al.* Nurses' and auxiliary nurse midwives' adherence to essential birth practices with peer coaching in Uttar Pradesh, India: a secondary analysis of the BetterBirth trial. **Implement Science**, v. 15, n. 1:1, jan. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6941293/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

NABABAN, H.Y. *et al.* Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17 (1), n. 402, dez. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5716057/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf;jsessionid=703B586933AF1DA150FEC86257AA203F?sequence=5>. Acesso em: 19 mai. 2020.

ONU BRASIL (Organização das Nações Unidas Brasil). **Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

PATABENDIGE M; SENANAYAKE H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 12, fev. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4324022/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

PRAXEDES, A.O. *et al.* Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, e00034516, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020.

PERRY W. R.G., *et al.* Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration. **BMJ Global Health**, v. 2, n. 3:e000241, ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5656115/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 05-06, jun. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2020.

SEMRAU K.E.A. *et al.* Outcomes of a Coaching-Based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 24, p.2313-2324, dez. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5672590/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

SPECTOR J.M. *et al.* Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. **Plos One**, v. 7, n. 5, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0035151>. Acesso em: 16 abr. 2020.

TUYSHIME E. *et al.* Implementing the World Health Organization safe childbirth checklist in a district Hospital in Rwanda: a pre- and post-intervention study. **Maternal Health Neonatology Perinatology**, v. 4, n. 7, abr. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5883338/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

VARGHESE B. *et al.* Does the safe childbirth checklist (SCC) program save newborn lives? Evidence from a realistic quasi-experimental study, Rajasthan, India. **Maternal Health Neonatology Perinatology**, v. 5, n. 3, mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6397441/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

WEISER, T.G. *et al.* An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **The Lancet**, v. 372, p. 139 – 144, jul. 2008. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2808%2960878-8>. Acesso em: 14 abr. 2020.

WHO (World Health Organization). **Implementation manual WHO surgical safety checklist**. Genebra, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/1/9789241598590_eng.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

WHO (World Health Organization). **Maternal mortality**. Genebra, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 16 abr. 2020.

WHO (World Health Organization). **Safe childbirth checklist programme: An Overview**. Genebra, 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background_document.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

WHO (World Health Organization). **WHO checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities**. Genebra, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/04-12-2015-who-checklist-targets-major-causes-of-maternal-and-newborn-deaths-in-health-facilities>. Acesso em: 14 abr. 2020.